

Allegato D

LOGO ENTE ORGANIZZATORE

Corso di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario

Decreto Assessorato regionale della Salute n. _____ del _____

Autorizzazione n. _____ del _____

LIBRETTO DI TIROCINIO

Tirocinante _____

Estremi assicurazione _____

Memorandum

Elenco delle principali attività previste per l'Operatore socio-sanitario di cui all'Allegato A dell'Accordo Stato Regioni del 22.01.2001	Obiettivi di tirocinio
<p>1. Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero</p> <ul style="list-style-type: none">- Assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale- realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico- collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale- realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi- coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente- aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita- cura la pulizia e l'igiene ambientale.	<p>Il tirocinante dovrà essere in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none">• eseguire le manovre assistenziali relative alla specifica condizione patologica del paziente;• interagire con le altre figure assistenziali che contribuiscono alla cura e all'assistenza del paziente;• coadiuvare il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente;• curare la pulizia e l'igiene ambientale;
<p>2. Intervento igienico sanitario e di carattere sociale</p> <ul style="list-style-type: none">- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente- collabora alla attuazione degli interventi assistenziali- valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre- collabora alla attuazione di sistemi di verifica degli interventi- riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati in relazione alle condizioni operative- mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.	<p>Il tirocinante dovrà essere in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none">• riconoscere i bisogni del paziente in relazione alla sua condizione patologica;• riconoscere segni e sintomi delle principali alterazioni emodinamiche – metaboliche - neurologiche (es. pallore, cianosi, sudorazione, ipoglicemia, alterazioni del linguaggio, alterazione dello stato mentale, ecc...);• interagire con la persona assistita e con la famiglia per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.
<p>3. Supporto gestionale, organizzativo e formativo</p> <ul style="list-style-type: none">- utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio- collabora alla verifica della qualità del servizio- concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione- collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento;-collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici .	<p>Il tirocinante dovrà essere in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none">• documentare tutte le azioni assistenziali messe in atto (es. parametri vitali, terapia somministrata, ecc)• supportare il team in relazione ai bisogni assistenziali specifici del paziente e dell'ambiente di lavoro.

Sede di Tirocinio	
N. ore tirocinio da svolgere	
Reparto/i Struttura/e di assegnazione	
Tutor	

Data	Orario di ingresso	Orario di Uscita	n. ore svolte	Attività Svolte	Firma del tutor

Totale ore di tirocinio svolte					

Valutazione finale a cura del tutor (si raccomanda di esprimere un giudizio sintetico sulle competenze acquisite dal tirocinante durante le attività di tirocinio ed di segnalare eventuali aree di miglioramento)

DATA	TIMBRO della struttura sede di Tirocinio	FIRMA del tutor

Sede di Tirocinio	
N. ore tirocinio da svolgere	
Reparto/i Struttura/e di assegnazione	

Data	Orario di ingresso	Orario di Uscita	n. ore svolte	Attività Svolte	Firma del tutor

--	--	--	--	--	--

Valutazione finale a cura del tutor (si raccomanda di esprimere un giudizio sintetico sulla competenze acquisite dal tirocinante durante le attività di tirocinio ed di segnalare eventuali aree di miglioramento)

DATA	TIMBRO della struttura sede di Tirocinio	FIRMA del tutor

Validazione del Direttore del Corso FIRMA

(Il Direttore del Corso a conclusione del percorso di tirocinio, valida la regolarità di svolgimento dello stesso con particolare riferimento alle ore e alle attività svolte.)